様式第2号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老人性白内障手術費支給決定通知書  三福生発第　　　　　号  　　年　　月　　日  殿  三股町長　　　　　　　印  　　年　　月　　日付で申請のあつた標記手術費の支給については、次の医療機関において手術した場合に限り支給することに決定したので通知します。  なお、手術費の支給額は診療費、眼鏡代、付添看護料及び移送費の自己負担額です。 | | | | |
|  | 医 療 機 関 | 所　在　地 |  |  |
| 名　　　称 |  |
| （注意）1　手術費は、手術終了後、診療費、眼鏡代、付添看護料、及び移送費の領収書をそえて請求書を提出したのち支給されますので、すみやかに請求書を提出してください。  2　手術費の自己負担額が支払えない場合は、あらかじめ福祉生活課に相談のうえ概算払請求書を提出してください。 | | | | |